

SPANISH

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PERSONAS QUE SOLICITAN MEDI-CAL**NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD**

Las secciones 14011 y 14012 del Código de Asistencia Pública e Instituciones permite que los departamentos de asistencia pública de los condados obtengan cierta información de usted, para decidir si usted, o las personas que usted representa, pueden obtener beneficios de Medi-Cal. Usted tiene que proporcionar estos datos para obtener beneficios de Medi-Cal. La información se utilizará:

1. Por el departamento de asistencia pública del condado, para establecer la elegibilidad inicial y continua de Medi-Cal.
2. Por el Distribuidor Administrativo (Administrative Vendor-AV) para tramitar reclamos y hacer Tarjetas de Identificación de Beneficios (BICs).
3. Por el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos para llevar a cabo auditorías y evaluaciones de control de calidad, y verificar los números que el Estado asigna a los beneficiarios a quienes paga las primas de Medicare (Buy-In) y los números de Seguro Social (SSNs).
4. Para verificar la situación de extranjeros con el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) solamente de los extranjeros que dicen haber sido admitidos legalmente con residencia permanente, o que residen permanentemente en los Estados Unidos, aparentemente de manera legal (PRUCOL), o de extranjeros que recibieron amnistía con una tarjeta 1-688 válida y vigente. La información que el INS recibe puede utilizarse solamente para determinar la elegibilidad de Medi-Cal, y no la pueden utilizar las autoridades de inmigración, a menos que usted esté cometiendo fraude.
5. Por proveedores de servicios médicos y organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMOs), para certificar la elegibilidad.
6. Para identificar la cobertura de seguro médico y llevar a cabo medidas de recuperación.

DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y ACUERDOS DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO DE MEDI-CAL**TENGO DERECHO A:**

1. Pedir que un intérprete me ayude al solicitar Medi-Cal, si tengo dificultades para hablar o entender el idioma inglés.
2. Solicitar una entrevista en persona con un representante del condado.
3. Que se me trate justamente y con igualdad, independientemente de mi raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad o creencias políticas.
4. Solicitar beneficios como persona incapacitada, si creo estarlo.
5. Recibir información sobre las reglas para elegibilidad retroactiva de Medi-Cal.
6. Solicitar Medi-Cal, y a que se me informe por escrito si es que cumpla con los requisitos para algún programa de Medi-Cal.
7. Repasar los manuales de reglas y regulaciones del programa de Medi-Cal, si deseo cuestionar las bases bajo las cuales se aprobó o negó mi elegibilidad.
8. Que todos los datos que le dé al departamento de asistencia pública del condado se mantengan en la más estricta confidencialidad, y a ver esos datos durante las horas hábiles regulares.
9. Recibir una tarjeta de necesidad inmediata, **cuando esto sea posible y reúna los requisitos**, si tengo una emergencia médica o si estoy embarazada.
10. Recibir Medi-Cal, según se autorice, mientras mi situación migratoria satisfactoria se esté documentando y verificando, si de otra forma reúno los requisitos. **Los extranjeros que son admitidos legalmente con residencia permanente, los que residen permanentemente en los Estados Unidos aparentemente de manera legal (PRUCOL) o los que recibieron amnistía con una tarjeta 1-688 válida y vigente están en una situación migratoria satisfactoria.**
11. Recibir información sobre el Programa Infantil de Prevención de Salud e Incapacidades (Child Health and Disability Prevention Program—CHDP) y sobre el Programa Especial de Alimentos Suplementarios para Mujeres, Bebés y Niños Pequeños (Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children—WIC), y a pedir ayuda para recibir esos servicios.
12. Recibir información sobre el Programa de Servicio de Atención Personal (Personal Care Service Program—PCSP), y a pedir ayuda para recibir esos servicios.

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PERSONAS QUE SOLICITAN MEDI-CAL (Continuación)

13. Recibir información sobre el Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment Program—EPSDT).
14. Pedir y recibir información sobre el Programa de Planificación Familiar, y a que se me informe si reúno los requisitos para esos servicios.
15. Hablar con un trabajador social sobre otros servicios o recursos públicos o privados que puedo obtener.
16. Recibir información sobre los Planes de Atención Médica de Medi-Cal a los que mi familia y yo podemos subscribirnos, para seleccionar a un médico y obtener otra atención médica, y a elegir la opción que yo prefiera.
17. Reducir mi parte del costo proporcionando facturas médicas pasadas sin pagar (que yo aún deba).
18. Reducir mi reserva de bienes para que estén dentro del límite de bienes de Medi-Cal, a más tardar el último día del mes durante el cual quiero Medi-Cal, incluyendo el mes en que solicite, y a que se me informe cómo puedo gastar mi exceso de bienes.
19. Dividir los bienes mancomunados (MIOSY DE MI CÓNYUGE) contables (no exentos), por medio de un acuerdo escrito, en partes iguales de bienes por separado, si cualquiera de nosotros ingresa a un establecimiento de atención a largo plazo (LTC), antes del 30 de septiembre de 1989.
20. Conservar una cierta cantidad de bienes por separado y mancomunados contables, si ingreso a un establecimiento de LTC el o después del 1º de enero de 1990. Mi cónyuge y yo tenemos el derecho a que se nos diga la cantidad.
21. Tener una audiencia estatal, si no estoy satisfecho con una medida que tomó (o no tomó) el departamento de asistencia pública del condado o el Departamento Estatal de Servicios de Salud, excepto medidas relacionadas con los programas del Pago de Primas de Seguro Médico (Health Insurance Premium Payment—HIPP) y del Plan Médico Colectivo del Empleador (Employer Group Health Plan—EGHP). Si yo deseo una audiencia estatal para apelar la decisión, tengo que solicitarla en un plazo de **90 días** a partir de la fecha en que se me envió por correo la Notificación de Acción (Notice of Action—NOA). Si no recibo una NOA, tengo que solicitar una audiencia en un plazo de **90 días** a partir de la fecha en que descubra la medida (o no medida) con la que no estoy satisfecho. La fecha de descubrimiento es la fecha en que yo sepa o debiera haber sabido sobre la medida. La mejor manera de solicitar una audiencia es comunicarse al departamento más cercano de asistencia pública del condado.

TENGO LA RESPONSABILIDAD DE INFORMARLE A MI REPRESENTANTE DEL CONDADO EN UN PLAZO DE DIEZ DÍAS CUANDO:

1. Los ingresos recibidos por mí, o por cualquier miembro de mi familia aumenten, disminuyan, comiencen o paren. Esto incluye ingresos de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration—SSA), préstamos, arreglos o cualquier otra fuente.
2. Yo planee cambiar, o ya he cambiado mi lugar de residencia o dirección postal.
3. Una persona, inclusive un bebé recién nacido, independientemente de que esté relacionado conmigo o con mi familia, se mude a o fuera de mi casa.
4. Uno de los padres ausentes regrese a casa.
5. Yo, o un miembro de mi familia, tenga un bebé, se embarace o termine un embarazo.
6. Yo, mi cónyuge o cualquier miembro de mi familia, ingrese o salga de un centro de convalecencia o de un establecimiento de LTC.
7. Yo reciba, transfiera, regale o venda bienes raíces o personales (incluyendo dinero), o cuando alguien me regale a mí o a un miembro de mi familia cosas como un automóvil, una casa, pagos de seguro, etc.
8. Yo tenga cualesquier gastos que alguien aparte de mí pague.
9. Yo, o un miembro de mi familia, consiga un trabajo, cambie de trabajo o ya no tenga un trabajo.
10. Yo tenga un cambio de gastos relacionados con mi trabajo o educación. (Por ejemplo: cuidado de niños, transporte, etc.)
11. Yo, o un miembro de mi familia, nos incapacitemos física o mentalmente (esto incluiría a un niño en la familia).
12. Yo, o un miembro de mi familia, solicite beneficios por incapacidad de la SSA, Administración para Veteranos o Pensión para Ferrocarrileros.
13. Uno de mis hijos se salga de la escuela o regrese a la escuela.
14. Haya un cambio en la ciudadanía o situación migratoria de cualquier miembro de mi familia que solicite o reciba Medi-Cal.
15. La cobertura de seguro médico para mí, o para un miembro de mi familia, cambie.

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PERSONAS QUE SOLICITAN MEDI-CAL (Continuación)

TENGO LA RESPONSABILIDAD DE:

1. Completar y regresar un reporte sobre la situación, a más tardar en la fecha que se requiera, cuando se solicite.
2. Dar prueba de que soy residente de California.
3. Hacer una declaración sobre mi ciudadanía o situación migratoria.
4. Proporcionar un número de Seguro Social (SSN) para mí, o para cualquier miembro de mi familia que tenga un SSN, y que desee recibir beneficios de Medi-Cal. Si yo soy ciudadano de los Estados Unidos, oriundo de los Estados Unidos o extranjero con una situación migratoria satisfactoria, tengo que solicitar un SSN, y proporcionárselo al condado, si todavía no tengo uno. Si necesito solicitar un SSN, puedo obtener ayuda de mi trabajador de elegibilidad, pero tengo que colaborar con la Administración del Seguro Social (SSA) para aclarar cualquier pregunta, o mi Medi-Cal se negará o interrumpirá. (Los extranjeros que no tienen una situación migratoria satisfactoria, y que no tienen un SSN, pueden obtener **Medi-Cal limitada**, sin solicitar un SSN, si ellos cumplen con todas las reglas.)
5. Solicitar cualesquier ingresos que posiblemente estén a mi disposición, o a la disposición de cualquier miembro de mi familia.
6. Solicitar beneficios de Medicare si estoy ciego, incapacitado, padezco de una Enfermedad Renal en su Etapa Final (End Stage Renal Disease) o tengo 64 años y 9 meses o más y reúno los requisitos. Soy responsable de informarle a mis proveedores que tengo cobertura tanto de Medi-Cal, como de Medicare.
7. Solicitar e inscribirme en cualquier seguro médico, si éste está a mi disposición, o a la disposición de mi familia, sin costo alguno. Tengo la responsabilidad de permanecer inscrito en el plan médico, cuando Medi-Cal apruebe el pago de las primas del plan por el Estado de California.
8. Reportar al departamento del condado, y al proveedor de atención médica, cualquier cobertura o seguro de atención médica que tenga, o a la que tenga derecho a usar, incluyendo Medicare. Si yo, intencionalmente, no doy esta información, es posible que sea culpable de una ofensa criminal, o que mi proveedor me cobre.
9. Ir a mi plan de atención médica (como por ejemplo Kaiser, CHAMPUS, o una HMO de Medicare) para recibir atención médica. (Medi-Cal no pagará por ningún servicio cubierto por el plan.)
10. Dar cualesquier pagos de seguro que reciba al Estado, si Medi-Cal ya ha pagado mi atención.
11. Ir a una presentación, si se dan presentaciones, y hacer una elección por escrito, o contestar, si se recibe por correo, acerca de cómo deseo obtener beneficios de Medi-Cal. Si no voy y hago una elección, o elijo por correo, es posible que a mí, y los miembros de mi familia que reúnen los requisitos, se nos inscriba en un Plan de Atención Médica de Medi-Cal cercano a mi hogar.
12. Firmar y fechar mi BIC, cuando la reciba, y asegurarme de que se utiliza solamente para obtener atención médica necesaria para mí, o para los miembros de mi familia que reúnen los requisitos.
13. Llevar mi BIC a mi proveedor médico cuando me enferme o tenga una cita. En emergencias, cuando la BIC no está a la mano, tengo que llevar la BIC al proveedor médico en cuanto me sea posible.
14. Reportar al departamento del condado cuando reciba servicios de atención médica a causa de un accidente o lesión causado por los actos de otra persona o por no actuar ésta, por los cuales a Medi-Cal se le ha cobrado o se le podría cobrar.
15. Colaborar con el Estado o el condado para establecer la paternidad e identificar cualquier cobertura médica posible a la que yo, o mi familia, podríamos tener derecho, a través de uno de los padres ausentes.
16. Colaborar con el Estado de California, si mi caso se selecciona para que lo evalúe el equipo de evaluación del control de calidad. Si me niego a colaborar, se me interrumpirán mis beneficios de Medi-Cal.

ENTIENDO QUE:

1. El no dar los datos necesarios, o dar datos falsos deliberadamente, puede resultar en que se me nieguen o interrumpan los beneficios de Medi-Cal. Además, es posible que mi caso sea investigado por sospechas de fraude.
2. Los datos que doy se verificarán por medio de computadora con los datos proporcionados por empleadores, bancos, la SSA, el Departamento de Impuestos Estatales (Franchise Tax Board), la agencia de asistencia pública y otras agencias. Tendré el derecho a dar pruebas para corregir cualesquier datos que se encuentren que son erróneos.
3. Los extranjeros que no tienen situación migratoria satisfactoria, y que no tienen un SSN, pueden recibir Medi-Cal **limitada**, sin solicitar un SSN, si ellos cumplen con todas las reglas.
4. Los datos sobre la situación migratoria proporcionados como parte de la solicitud de Medi-Cal son confidenciales.

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PERSONAS QUE SOLICITAN MEDI-CAL (Continuación)

5. En base a mis ingresos, tendré que pagar, o se me cobrará, por parte de mis gastos médicos, antes de que pueda recibir Medi-Cal.
6. Si no reporto cambios con prontitud, y debido a esto, recibo beneficios de Medi-Cal por los cuales no reúno los requisitos, es posible que tenga que pagar al Departamento Estatal de Servicios de Salud.
7. Si recibo Medi-Cal, en base a una incapacidad, y solicito beneficios por incapacidad de la **SSA, y la SSA** rechaza mi reclamo por incapacidad, es posible que mi Medi-Cal se interrumpa. Si apelo mi rechazo de la SSA inmediatamente, mi Medi-Cal continuará hasta que la SSA tome una decisión final. Si la SSA aprueba mi reclamo, entonces mis beneficios de Medi-Cal continuarán. Si la SSA no aprueba mi reclamo, entonces mis beneficios de Medi-Cal se interrumpirán.
8. Como una condición de elegibilidad de Medi-Cal, todos los derechos a apoyo médico o a pago por servicios médicos para mí, y para cualesquier personas que reúnan los requisitos, por las cuales yo tengo la responsabilidad legal, se asignan automáticamente al Estado.
9. Si un tribunal ordena el apoyo médico de uno de los padres ausentes para mis hijos, la compañía de seguros tiene que permitirme inscribirme y proporcionar beneficios a mis hijos, sin el consentimiento del padre ausente.
10. Si no solicito o mantengo cobertura médica sin costo alguno, o cobertura pagada por el estado, mis beneficios o elegibilidad de Medi-Cal se negarán o interrumpirán.
11. Cuando solicito Medi-Cal, se me evaluará para la posible elegibilidad bajo otros programas de asistencia médica, incluyendo los programas de HIPP y EGHP.
12. Si yo solicito a un proveedor médico cualesquier servicios que no cubre mi plan de seguro médico que **no es Medi-Cal**, tengo que dar al proveedor médico una declaración por escrito de mi plan médico en donde se indique que no brinda los servicios cubiertos por Medi-Cal.
13. Los proveedores de Medi-Cal no pueden cobrarme copagos, coseguro o cantidades deducibles de seguro, a menos que el pago se utilice para cumplir con mi parte del costo o copago de Medi-Cal.
14. Si se me ingresa a un centro de convalecencia, y no tengo intenciones de regresar a mi casa, es posible que el Estado imponga un gravamen sobre mi propiedad.
15. Después de mi muerte, el Estado tiene derecho a buscar reembolso de mi patrimonio sucesorio por todos los beneficios de Medi-Cal que recibí después de los 55 años, a menos que me sobrevivan mi cónyuge (durante su vida), hijos menores de edad, hijos ciegos o permanente y totalmente incapacitados, o si esto crearía dificultades para mis herederos.
16. Después de que muera el cónyuge que me sobrevivía, el Estado tiene derecho a reclamar de la parte de su patrimonio sucesorio que recibí de mí, todos los beneficios de Medi-Cal que recibí después de los 55 años, hasta la cantidad máxima de bienes que mi cónyuge recibió de mi patrimonio sucesorio.

Firme y conserve para sus archivos.

Por este medio, declaro que he repasado la información en este formulario con el representante del condado, y que entiendo completamente mis DERECHOS Y RESPONSABILIDADES para que mi elegibilidad de Medi-Cal se determine, y para mantener esa elegibilidad.

➤ _____
Firma del Solicitante/Representante (opcional)

_____ Fecha



COUNTY USE SECTION

I have provided (check one) In person By mail to the applicant the rights, responsibilities, and other information listed on this form.

➤ _____
Eligibility Worker's Signature

_____ Worker Number

_____ Date